

U7 - Elternfragebogen

Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Name des Kindes	aktuelles Datum

	Ja	Nein
1. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? Wenn nein, warum? Was ist Ihnen aufgefallen? Gibt es Ereignisse, die die Entwicklung Ihres Kindes beeinträchtigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie mit dem Essverhalten Ihres Kindes zufrieden? Wenn nein, warum nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist die Zusammensetzung der Familie unverändert? Wenn nein, was hat sich geändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Geht es der Familie gut? Wenn nein, weshalb nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte nächste Seite →

Name des Kindes

Geb.

aktuelles Datum

Ja Nein

	Ja	Nein
Grobmotorik		
5. Es geht eine Treppe vorwärts hinunter, evtl. im Nachstellschritt, mit Festhalten am Geländer oder an der Hand eines Erwachsenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es kann rennen (sehr schnelles Laufen mit deutlichem Armschwung), umsteuert dabei Hindernisse und kann plötzlich anhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik		
7. Es kann eine (Buch-) Seite (aus Papier!) einzeln umblättern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es kann selbständig mit einem Löffel essen (Kleckern erlaubt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognition		
9. Es holt sich einen Stuhl oder ähnliches, um an etwas heranzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es hört mindestens 5 Minuten aufmerksam einer vertrauten Geschichte zu (nicht gemeint sind Lieder, Gedichte, Reime).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial-emotional		
11. Kann sich in gewohnter Umgebung gut von der Mutter trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Scheint bei gefährlichen Aktivitäten Angst zu kennen (z.B. Straßenverkehr).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lässt Gegenstände heil (zerstört sie nicht).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hat keine Angst vor fremden Erwachsenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Spricht nicht jede fremde Person an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wehrt sich meistens nicht gegen Zärtlichkeiten, will schmusen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ist durch Blickkontakt oder einer Reaktion in Kontakt zu seiner Umgebung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ist gegenüber Schmerz empfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Lässt sich bei täglichen Ärgernissen innerhalb von ca. 5 Minuten beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation		
20. Es versucht seine Wünsche in ruhiger Art (ohne schreien/weinen) durch Mimik, Gestik, Laute - aber anders als bloßes „Darauf-zeigen“, zu äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Es ergreift Ihre Hand oder Ihre Kleidung und versucht, Sie irgendwo hinzuziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Es spielt mit einem anderen Kind – mindestens fünf Minuten – gemeinsam ein Spiel: die Kinder sprechen miteinander und tauschen Gegenstände aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Es kann seinen eigenen Wunsch durch „nein“-sagen äußern (schüttelt z.B. abwehrend den Kopf oder verwendet das Wort „nein!“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen		
24. Kann gut einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Schläft in der Nacht durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Schläft nachts in seinem eigenen Bett (nicht im Elternbett).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören		
27. Kann leise Geräusche hören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen		
28. Kann nah und weit entfernte Dinge sehen (Details in Wimmelbuch, Flugzeug am Himmel).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Danke